
 <p>HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ Empresa Social del Estado NIT. 850.002.004-1</p>	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					 <p>VIGILADO Supersalud Línea de Atención al Usuario 6500870 Bogotá Línea Gratuita Nacional 018000910383</p>
	Proceso Estratégico					
	Comunicaciones internas					
CÓDIGO	P.F:1:PG	VERSIÓN	1	F. APROBACIÓN:	28/04/2025	Página 1 de 32

INFORME DE SEGUIMIENTO A PLAN OPERATIVO ANUAL POR PROCESOS DE LA E.S.E HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA

I TRIMESTRE DE 2025



**Elaborado por:
OFICINA DE PLANEACIÓN**

Cubará, junio de 2025

CONTENIDO

1. OBJETIVO	4
2. ÁREAS / PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA EVALUACIÓN	4
3. METODOLOGIA.....	4
4. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO PRIMER TRIMESTRE DEL 2025 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	5
5. ANALISIS DE INDICADORES PLAN DE DESARROLLO:	5
6. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	5
6.1. Plan de acción del SST:.....	5
6.2. Plan de emergencias:	6
6.3. Identificación, evaluación y control de los riesgos institucionales del SG-SST análisis de indicadores: 6	
7. EJECUTAR LA POLÍTICA DE GOBIERNO Y SEGURIDAD DIGITAL, TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN MIPG.....	7
7.1. Política de información, transparencia y acceso a la información:	7
7.2. Política de seguridad digital:	7
7.3. Política de gobierno digital:	7
7.4. Estrategia de racionalización de tramites.....	8
8. SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL USUARIO (SIAU)	8
8.1. Política de servicio al ciudadano y participación ciudadana.....	8
8.2. N° de usuarios asegurados desde la oficina de atención al usuario.....	9
8.3. Plan de participación social en salud.....	9
8.4. Percepción del usuario frente a la atención.....	9
9. MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	10
10. MANTENIMIENTO DOTACIÓN HOSPITALARIA.....	11
10.1. Dotación hospitalaria para cumplimiento de estándares de dotación del SUH	11
10.2. Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos	11
11. POLITICA DE GESTION DOCUMENTAL	12
12. RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD – CONSULTA EXTERNA.....	12
13. PLAN OPERATIVO ANUAL – I er TRIMESTRE VIGENCIA 2025	13
14. ANALISIS DE INDICADORES PLAN DE GESTION INDICADORES R. 408 2018	15

15. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.....	15
15.1. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única.....	15
15.2. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193.....	16
16. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	17
16.1. Proporción de gestantes captadas de la semana 12 de gestación.....	17
16.2. Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ese	20
16.3. Evaluación de aplicación de la guía de control de crecimiento y desarrollo	22
16.4. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de enfermedad hipertensiva	27

	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					 VIGILADO Supersalud <small>Línea de Atención al Usuario 6500870 Bogotá Línea Gratuita Nacional 018000910383</small>
	Proceso Estratégico					
	Comunicaciones internas					
CÓDIGO	P.F:1:PG	VERSIÓN	1	F. APROBACIÓN:	28/04/2025	Página 4 de 32

INTRODUCCIÓN

En concordancia con la plataforma estratégica de la E.S.E. Hospital Especial de Cubará, que incluye la misión, visión, principios y valores institucionales, objetivos estratégicos y los pilares fundamentales de la entidad, el Plan Operativo Anual se constituye como una herramienta esencial para asegurar la ejecución efectiva de los objetivos estratégicos.

Este plan busca, a través de un proceso participativo, determinar las acciones necesarias para el cumplimiento de los compromisos institucionales y el fortalecimiento de los procesos internos, promoviendo el mejoramiento continuo y el crecimiento institucional.

El Plan Operativo Anual también es un instrumento clave para la planificación institucional, ya que articula las acciones de la organización con su misión y objetivos, permitiendo identificar sistemáticamente metas, resultados esperados, indicadores, actividades y recursos específicos. Estas acciones están alineadas con el Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027, el cual guía las estrategias para alcanzar los objetivos de la E.S.E. Hospital Especial de Cubará.

Adicionalmente, la entidad cuenta evaluación de planes operativos por el área de planeación con base en la autoevaluación remitida periódicamente, se verificarán los soportes y evidencias correspondientes a todos los planes operativos, determinando la calificación y semaforización definida.

Este enfoque garantiza la transparencia, el cumplimiento y la mejora continua de los procesos operativos, promoviendo la excelencia en la prestación de servicios del Hospital Especial de Cubará.

1. OBJETIVO

Verificar el nivel de cumplimiento de las metas planteadas en los planes operativos vigentes, derivados del Plan de Desarrollo “UNIENDO ESFUERZOS POR LA SALUD” correspondiente al primer trimestre del año 2025.

2. ÁREAS / PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA EVALUACIÓN

Las áreas que contribuyeron con la respuesta a los correos enviados para la elaboración del informe fueron: Sistemas, SIAU, Seguridad y Salud en el Trabajo, Biomédica y Consulta Externa, gestión documental.

3. METODOLOGIA

Realización de inspección, revisión y verificación de la información presentada por los diferentes procesos, de acuerdo con el procedimiento establecido para la Asesoría y Evaluación de la Gestión Institucional en la E.S.E.

4. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO PRIMER TRIMESTRE DEL 2025 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL

Se determinó una escala para la valoración de los resultados por cada POA, de acuerdo con los siguientes criterios de calificación.

Tabla 1 Criterios de clasificación

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo con la Resolución Interna No. 107 de 2018 es la siguiente escala cromática:
<ul style="list-style-type: none"> • Entre 90% al 100% código cromático verde óptimo • Entre 80% al 89% código cromático amarillo deficiente • Entre 60% al 79% código cromático naranja muy deficiente • Menor al 60% código cromático rojo no aceptable • 0% código cromático gris no reportó
Valoración de las franjas
Verde: Si el rango se encuentra entre el 90% y el 100%, indica una gestión que, en los aspectos evaluados, se encuentra en parámetros óptimos y se cumple con la meta propuesta.
Amarillo: Si el rango se encuentra entre el 80% y el 89%, indica una gestión que, en los aspectos evaluados, se encuentra en parámetros deficientes.
Naranja: Si el rango se encuentra entre el 60% y el 79%, indica una gestión que, en los aspectos evaluados, se encuentra en parámetros muy deficiente.
Rojo: Si el rango se encuentra menor al 60% indica una gestión que, en los aspectos evaluados, se encuentra en parámetros no aceptable.
Rojo: Si el rango se encuentra en 0% indica una gestión que, en los aspectos evaluados, se encuentra en parámetros no reportó.

(Hospital especial de cubara E.S.E, 2025)



5. ANALISIS DE INDICADORES PLAN DE DESARROLLO:

6. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

6.1. Plan de acción del SST:

En el primer trimestre del año 2025, se evaluó el cumplimiento del plan de acción del área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), enmarcado en los procesos estratégicos. La meta anual consiste en alcanzar el 80% de cumplimiento del plan de acción, compuesto por un total de 74 actividades programadas.

Durante este primer trimestre, se ejecutaron 23 actividades, lo que representa un cumplimiento del 31% del total anual. Este avance demuestra que el proceso está alineado con los objetivos y se encuentra en buen camino para alcanzar la meta propuesta al cierre del año.

	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					 VIGILADO Supersalud Linea de Atención al Usuario 6500870 Bogotá Linea Gratuita Nacional 018000910383
	Proceso Estratégico					
	Comunicaciones internas					
CÓDIGO	P.F:1:PG	VERSIÓN	1	F. APROBACIÓN:	28/04/2025	Página 6 de 32

La gestión y supervisión de las actividades estuvieron a cargo del Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se recomienda mantener el ritmo de ejecución y reforzar las estrategias actuales para asegurar la continuidad del buen desempeño en los trimestres restantes, garantizando así el cumplimiento efectivo de la meta anual establecida.

6.2. Plan de emergencias:

Durante el primer trimestre de 2025, se evaluó el cumplimiento del plan de emergencias mediante la ejecución de acciones programadas. El plan anual contempla un total de 10 acciones, de las cuales se cumplieron 2 en este trimestre, logrando un avance del 20%. Este resultado supera la meta trimestral ideal, estimada en 17.5%, y se alinea con el objetivo anual de alcanzar el 70% de cumplimiento.

Entre las acciones ejecutadas destacan la identificación de elementos de emergencia y la recarga de extintores, respaldadas por evidencias como certificados de recarga e informes de inspección de puntos críticos y elementos de emergencia. Además, se actualizó el listado de brigadistas y recursos disponibles.

Cabe resaltar que no se presentaron emergencias ni amenazas durante este periodo, lo que permitió avanzar en el alistamiento preventivo y mantener un desempeño óptimo en la implementación del plan. Este progreso refuerza el compromiso con la preparación y seguridad del entorno laboral, asegurando el cumplimiento de los objetivos establecidos.

6.3. Identificación, evaluación y control de los riesgos institucionales del SG-SST análisis de indicadores:

Durante el primer trimestre de 2025, se evaluó el cumplimiento de la matriz de riesgos institucionales, enmarcada en los procesos estratégicos del área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). La meta establecida es garantizar la identificación, evaluación y control de riesgos institucionales mediante la implementación de 25 acciones programadas anualmente.

En este periodo, se logró completar 13 de las acciones programadas, lo que representa un avance del 52%. Este resultado refleja un cumplimiento significativo para el trimestre, evidenciando un progreso alineado con los objetivos estratégicos y la consolidación de la gestión del riesgo en la institución.

El desempeño obtenido reafirma el compromiso del Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo y del equipo responsable con la ejecución efectiva de las actividades planificadas. Se continuará trabajando en la mejora de los procesos y en el cumplimiento de las metas anuales, asegurando una gestión eficiente y sostenible de los riesgos institucionales.

Ilustración 1 POA SST

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES / INDICADOR	PRODUCTO ESPERADO	FORMULA DEL INDICADOR	META 2025	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESULTADO 2025				% DE CUMPLIMIENTO	
										I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM		
Revisión, ajuste e implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo	Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo	Informe o matriz con indicadores y datos reales	No de acciones cumplidas en el plan de acciones del SST	Cumplir anualmente con el 80% del plan de acciones del SST	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo	PROCESOS ESTRATEGICOS	SST	74	23	30%					30%
				Cumplir anualmente con un 70% de las acciones programadas e implantadas	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo	PROCESOS ESTRATEGICOS	SST	10	2	20%					20%
				Cumplir con la identificación, evaluación y control de los riesgos laborales	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo	PROCESOS ESTRATEGICOS	SST	25	13	52%					52%

Optimo	90% al 100%
Deficiente	80% al 89%
Muy deficiente	60% al 79%
No aceptable	Menor al 60%
No reportado	0%
No aplica	N/A

(Hospital especial de cubara E.S.E, 2025)

7. EJECUTAR LA POLÍTICA DE GOBIERNO Y SEGURIDAD DIGITAL, TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN MIPG

7.1. Política de información, transparencia y acceso a la información:

En el primer trimestre de 2025, se evaluó el cumplimiento de la política de información, transparencia y acceso a la información, como parte de los procesos de apoyo liderados por el área de Sistemas. La meta anual establecida es alcanzar un cumplimiento del 70% en las acciones relacionadas con la evaluación del FURAG. Durante este periodo, se programaron 3 acciones específicas, las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, logrando un cumplimiento del 100%.

Sin embargo, como parte del Plan de Acción MIPG 2025, se establecieron actividades internas de seguimiento para garantizar la mejora continua y la preparación frente a los resultados oficiales de la evaluación del FURAG, que aún están pendientes de publicación. Este enfoque proactivo refuerza el compromiso institucional con la transparencia, la eficiencia y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

7.2. Política de seguridad digital:

En el primer trimestre de 2025, se evaluó el cumplimiento de la política de seguridad digital como parte de los procesos de apoyo liderados por el área de Sistemas. La meta anual establecida es alcanzar un cumplimiento del 70% en las acciones relacionadas con esta política. Durante este periodo, se programaron 26 acciones específicas relacionadas directamente con la política, orientadas a seguimiento interno. De estas, se ejecutaron 15, lo que corresponde a un cumplimiento parcial del 58%.

Es importante resaltar que, aunque estas actividades reflejan un avance en la ejecución interna, el resultado final del cumplimiento de la política está estrechamente relacionado con la evaluación oficial realizada a través del FURAG. Por lo tanto, se continuará trabajando en las acciones necesarias para garantizar que los resultados internos contribuyan positivamente al resultado final de la medición nacional.

7.3. Política de gobierno digital:

En el primer trimestre de 2025, se evaluó el cumplimiento de la política de gobierno digital como parte de los procesos de apoyo liderados por el área de Sistemas. La meta anual establecida es alcanzar un cumplimiento del 70% en las acciones relacionadas con esta política. Durante este periodo, se

programaron 42 acciones específicas relacionadas directamente con la política, orientadas a seguimiento interno. De estas, se ejecutaron 26, lo que corresponde a un cumplimiento parcial del 62%.

Es importante resaltar que, aunque estas actividades reflejan un avance en la ejecución interna, el resultado final del cumplimiento de la política está estrechamente relacionado con la evaluación oficial realizada a través del FURAG. Por lo tanto, se continuará trabajando en las acciones necesarias para garantizar que los resultados internos contribuyan positivamente al resultado final de la medición nacional.

7.4. Estrategia de racionalización de tramites

En el primer trimestre de 2025, se evaluó la implementación de la estrategia de racionalización de trámites dentro del marco del MIPG. Este proceso, liderado por el área de Sistemas como parte de los procesos de apoyo, tiene como meta anual alcanzar un cumplimiento del 70%. Durante este periodo, se programaron tres acciones específicas, de las cuales se ejecutaron dos, lo que representa un avance del 67%.

Es relevante mencionar que estas acciones forman parte del seguimiento interno y están orientadas a fortalecer la estrategia institucional. Sin embargo, el cumplimiento definitivo está asociado a los resultados oficiales obtenidos a través de la evaluación FURAG. Por ello, se mantendrá el enfoque en la mejora continua y la ejecución eficiente de actividades que aporten al resultado final de la medición nacional.

Ilustración 2 POA SISTEMAS

HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ		PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRÉGICO										Código: PGFIGG						
PLAN OPERATIVO ANUAL 2024												Versión: 01						
PLAN DE DESARROLLO 2024 - 2027												Aprobado:						
PERSPECTIVA	CLIENTES																	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ACTIVIDAD O INDICADOR	PRODUCTO O ESPERADO	FORMULA DEL INDICADOR	META 2025	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS		RESULTADO 2025				% DE CUMPLIMIENTO	I Trimestre (Obs, logros)	II Trimestre (Obs, logros)	III Trimestre (Obs, logros)	IV Trimestre (Obs, logros)
								ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM					
Fortalecer la comunicación con la comunidad	Ejecutar la política de Gobierno y seguridad digital, transparencia y acceso a la información MIPG	Resultado Furg	Porcentaje de cumplimiento de la evaluación del FURAG	100%	Lider de Sistemas	PROCESO S DE APOYO	SISTEMAS	3	3	100%				100%				
		Resultado Furg	Porcentaje de cumplimiento de la evaluación del FURAG	58%	Lider de Sistemas	PROCESO S DE APOYO	SISTEMAS	26	15	58%				58%				
		Resultado Furg	Porcentaje de cumplimiento de la evaluación del FURAG	62%	Lider de Sistemas	PROCESO S DE APOYO	SISTEMAS	42	26	62%				62%				
	Implementar la política de racionalización de trámites MIPG	Resultado Furg	Porcentaje de cumplimiento de la evaluación del FURAG	67%	Lider de Sistemas	PROCESO S DE APOYO	SISTEMA	3	2	67%				67%				



Óptimo	90% al 100%
Deficiente	80% al 89%
Muy deficiente	60% al 79%
No aceptable	Menor al 60%
No reporto	0%
No aplica	N/A

(Hospital especial de cubara E.S.E, 2025)

8. SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL USUARIO (SIAU)

8.1. Política de servicio al ciudadano y participación ciudadana en la gestión pública.

En el primer trimestre de 2025, se evaluó la implementación y cumplimiento de la política de servicio al ciudadano y participación ciudadana en la gestión pública dentro del marco del MIPG. Este proceso, liderado por el área de SIAU como parte de los procesos misionales, tiene como meta anual alcanzar un cumplimiento del 70%. Durante este periodo, se programaron once acciones específicas, de las cuales se ejecutaron cuatro, lo que representa un avance del 36%.

	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÀ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					 VIGILADO Supersalud Línea de Atención al Usuario 8500870 Bogotá Línea Gratuita Nacional 018000910383
	Proceso Estratégico					
	Comunicaciones internas					
CÓDIGO	P.F:1:PG	VERSIÓN	1	F. APROBACIÓN:	28/04/2025	Página 9 de 32

Es relevante mencionar que estas acciones forman parte del seguimiento interno y están orientadas a fortalecer la estrategia institucional. Sin embargo, el cumplimiento definitivo está asociado a los resultados oficiales obtenidos a través de la evaluación FURAG. Por ello, se mantendrá el enfoque en la mejora continua y la ejecución eficiente de actividades que aporten al resultado final de la medición nacional.

8.2. N° de usuarios asegurados desde la oficina de atención al usuario.

Durante el primer trimestre de 2025, se llevó a cabo la evaluación del apoyo a la cobertura del aseguramiento en salud desde la oficina de atención al usuario, en el marco de los procesos misionales liderados por el área de SIAU. La meta establecida para el período es alcanzar un número de 20 usuarios asegurados anualmente.

En este periodo, se logró asegurar a 17 usuarios, superando ampliamente la meta trimestral con un cumplimiento del 340%. Este resultado demuestra un desempeño excepcional en la gestión y el compromiso de la oficina de atención al usuario con el bienestar y la cobertura de los diferentes regímenes en salud.

Este avance refuerza el compromiso del Líder SIAU y de su equipo en la consecución de los objetivos institucionales. Se continuará trabajando en la sostenibilidad de los logros alcanzados y en el fortalecimiento del acceso a servicios de salud para la población usuaria.

8.3. Plan de participación social en salud

Durante el primer trimestre de 2025, se realizó la evaluación del cumplimiento de la política de participación social en salud (PPSS) mediante la ejecución del plan de acción, en el marco de los procesos misionales liderados por el área de SIAU. La meta establecida para el período consistía en cumplir anualmente con un 90% de las acciones programadas en el plan de participación social en salud.

En este periodo, de un total de 23 acciones programadas, se lograron cumplir 8, alcanzando un nivel de cumplimiento del 35%. Este resultado evidencia la necesidad de redoblar esfuerzos para fortalecer la planificación y ejecución de las acciones previstas, con el propósito de lograr los objetivos institucionales trazados para el año.

El Líder de SIAU y su equipo se comprometen a implementar estrategias de mejora continua que permitan optimizar los resultados en el próximo periodo, con un enfoque centrado en la participación social y el acceso equitativo a la salud.

8.4. Percepción del usuario frente a la atención

Durante el primer trimestre de 2025, se evaluó la percepción global de los usuarios respecto a la atención recibida en los servicios institucionales de salud, conforme a los estándares establecidos en los sistemas integrados de gestión. El objetivo principal consistía en alcanzar un 90% de percepción positiva frente a la atención brindada.

De acuerdo con el análisis de las encuestas de satisfacción, un total de 746 usuarios respondieron la pregunta "¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido?" De estos, 742 calificaron su experiencia como "muy buena" o "buena", logrando un nivel de percepción positiva del 101%.

Este resultado no solo supera la meta establecida, sino que refleja el compromiso del área de Sistemas Integrados de Gestión, liderado por el Asesor de Calidad, con la mejora continua en la atención al usuario y la humanización de los servicios de salud. El reto para los próximos periodos radica en mantener y

mejorar este nivel de satisfacción, fortaleciendo los canales de comunicación y la calidad de los servicios ofrecidos.

Ilustración 3 POA SIAU

PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO											Código: PGF100					
PLAN OPERATIVO ANUAL 2025											Versión: 01					
Aprobado:																
PERSPECTIVA	OBJETIVO	CLIENTES														
PLAN DE DESARROLLO 2024 - 2027																
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES / INDICADOR	PRODUCTO ESPERADO	FORMULA DEL INDICADOR	META 2025	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESULTADO 2025						
										I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	% DE CUMPLIMIENTO		
Fortalecer la comunicación con la comunidad	Implementar la política de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana en la gestión pública MPG	Revista Foro	Porcentaje de cumplimiento de la actividad del FORO.	Implementación y cumplimiento de la política de servicio al ciudadano y participación ciudadana en la gestión pública.	Lider SIAU	PROCESO 5 MEDICIONAL ES	SIAU	11	4	36%						
	Apropiar la cobertura del presupuesto en salud de los diferentes registros desde la oficina de atención al usuario	Certificado Afiliación	No de usuarios asignados desde la oficina de atención al usuario.	Lograr un número de 20 usuarios por año.	Lider SIAU	PROCESO 5 MEDICIONAL ES	SIAU	5	17	340%						
	Dar cumplimiento a la política de participación social en salud PPSI mediante la creación del plan de acción.	Matriz de Seguimiento Participación	No de acciones cumplidas del plan de PPSI frente de acciones programadas en el plan de participación social en salud.	Asesorar y cumplir con un 90% el plan de participación social en salud.	Lider de SIAU	PROCESO 5 MEDICIONAL ES	SIAU	23	9	39%						
	Mejorar la imagen pública, fortaleciendo la calidad y transparencia de la atención de los servicios institucionales	Informe semestral de Difusión	(Número de usuarios que responderon " Muy bueno" o " Bueno" a la encuesta de satisfacción general respecto a los servicios de salud que ha recibido en salud de la EPS) / (Número de usuarios que responderon a la encuesta) * 100	Asesorar y lograr un 90% de la percepción del usuario frente a la atención.	Asesor de calidad	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	SIAU	142	145	102%						

(Hospital especial de cubara E.S.E, 2025)

9. MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Durante el primer trimestre de 2025, se evaluó el cumplimiento de las actividades de mantenimiento preventivo programadas, según los términos establecidos en la meta de alcanzar un 90% para la vigencia 2027.

De las 62 actividades programadas, se ejecutaron 53, alcanzando un cumplimiento del 85%.

El área de Mantenimiento, parte del Proceso de Apoyo, liderada por el Líder de Mantenimiento, está comprometida con el fortalecimiento de la gestión operativa para garantizar el correcto funcionamiento de los equipos e infraestructuras institucionales. El reto para los siguientes trimestres consiste en identificar áreas de mejora en la planeación y ejecución de actividades, con el fin de alcanzar y superar las metas establecidas.

Ilustración 4 POA MANTENIMIENTO

PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO											Código: PGF100				
PLAN OPERATIVO ANUAL 2025											Versión: 01				
Aprobado:															
PERSPECTIVA	OBJETIVO	CRECIMIENTO, MODERNIZACIÓN Y COMPROMISO SOCIAL													
PLAN DE DESARROLLO 2024 - 2027															
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES / INDICADOR	PRODUCTO ESPERADO	FORMULA DEL INDICADOR	META 2025	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESULTADO 2025					
										I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	% DE CUMPLIMIENTO	
Mejoramiento de infraestructura de la ESE, aprovechando el compromiso y respaldo del Estado a través de la Administración Municipal, Secretaría de Salud y Manejo.	Modernización y ampliación de la infraestructura de la ESE	Soporte mantenimiento	Indicadores de mantenimiento programado y ejecutado en un 90%	Indicadores de mantenimiento programado y ejecutado en un 90%	Lider de Mantenimiento	PROCESO 5 DE APOYO	MANTENIMIENTO	62	53	85%				85%	

(Hospital especial de cubara E.S.E, 2025)

10. MANTENIMIENTO DOTACIÓN HOSPITALARIA

10.1. Dotación hospitalaria para cumplimiento de estándares de dotación del SUH

Durante el primer trimestre de 2025, se evaluó el cumplimiento de los estándares de dotación hospitalaria en el área biomédica, con el objetivo de garantizar un 90% de cumplimiento anual según los lineamientos del SUH (Sistema Único de Habilitación).

En este periodo, se programaron un total de 193 actividades de dotación hospitalaria, de las cuales se ejecutaron 181 alcanzando un cumplimiento del 93.8%. Este desempeño sobresaliente demuestra el esfuerzo conjunto del área de Biomedicina y del líder del proceso de apoyo para mantener los estándares de calidad en la dotación y equipamiento del hospital.

Es importante aclarar que este indicador se construyó a partir de los datos proporcionados por el líder del área, quienes consideran las actividades ejecutadas como referencia. Sin embargo, el verdadero indicador debería estar en función del total de contratos de mantenimiento ejecutados. Dado que este tipo de contratos no se tienen con frecuencia dentro de la institución, podría ser pertinente ajustar el indicador para que refleje con mayor precisión la realidad operativa y administrativa de la entidad.

Con base en lo anterior, se pone a disposición de la administración la propuesta de revisar y ajustar este indicador, en busca de un sistema de medición más representativo y sostenible, alineado con los objetivos estratégicos de la institución.

10.2. Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos

Durante el primer trimestre de 2025, no se ejecutaron las actividades correspondientes al plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos, según las observaciones realizadas por el líder del área.

Estas actividades fueron reprogramadas para el siguiente trimestre, con el objetivo de garantizar su adecuada ejecución en concordancia con los lineamientos establecidos. Por consiguiente, los resultados relacionados con este plan serán reportados en el próximo informe trimestral, incluyendo los avances y el cumplimiento esperado.

Este ajuste en la programación responde a la necesidad de asegurar la calidad y efectividad de los mantenimientos realizados, reflejando el compromiso del área de Biomedicina con la mejora continua y la sostenibilidad operativa de los equipos hospitalarios.

Ilustración 5 POA BIOMEDICO

PERSPECTIVA	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRÉGICO										Código: POF106							
	PLAN OPERATIVO ANUAL 2024										Versión: 01							
	OBJETIVO ESTRATÉGICO										Aprobado:							
CRECIMIENTO, MODERNIZACIÓN Y COMPROMISO SOCIAL	PLAN DE DESARROLLO 2024 - 2027																	
ESTRATEGIA	ACTIVIDAD ES/ INDICADOR	PRODUCTO ESPERADO	FÓRMULA DEL INDICADOR	META 2025	RESPONSABLE	PROCESO	ÁREA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESULTADO 2025				% DE CUMPLIMIENTO	I Trimestre (Obs. logros)	II Trimestre (Obs. logros)	III Trimestre (Obs. logros)	IV Trimestre (Obs. logros)
Mejoramiento de la dotación en tecnología, muebles y enseres de la ESE, asegurando el compromiso y respaldo del Estado a través de la Administración Municipal, Secretaría de Salud, Ministerio y la estabilidad económica y financiera de la institución.	Adquisición de los equipos faltantes para dar cumplimiento a requisitos de	INFORPE	[Dotación hospitalaria en adecuadas condiciones en el hospital] Necesidades de dotación hospitalaria en la ESE = X100	Anualmente garantizar el 90% la dotación hospitalaria para cumplimiento de estándares de dotación del SUH	Lider Biomedico	PROCESOS DE APOYO	BIOMEDICINA	101	193	100%								
	habilitación y equipos de cómputo, muebles y enseres para garantizar atención adecuada	INFORPE	Actividades de mantenimiento preventivas y correctivas biomédicas/actividades planeadas de mantenimiento preventivas y correctivas realizadas sobre los equipos biomédicos(X100)	Anualmente dar cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos	Lider Biomedico	PROCESOS DE APOYO	BIOMEDICINA	10	0	0%								

Plenamente	90% al 100%
Deficiente	80% al 89%
Buena	60% al 79%
No	Menor al 50%
No aplica	0%
No aplica	N/A

(Hospital especial de cubara E.S.E, 2025)

11. POLITICA DE GESTION DOCUMENTAL

En el primer trimestre de 2025, se evaluó el cumplimiento de la política de gestión documental, siguiendo los lineamientos establecidos en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad. Este proceso, liderado por el área de Gestión Documental como parte de los procesos de apoyo, tiene como meta alcanzar un cumplimiento anual del 90% en la implementación de las actividades relacionadas con la política.

Durante este periodo, se programaron un total de 14 actividades específicas, de las cuales se ejecutaron 6, logrando un cumplimiento del 43%. Este resultado evidencia la necesidad de fortalecer la planeación y ejecución de las actividades para los próximos trimestres, con el fin de cumplir con los objetivos establecidos.

Es importante señalar que el avance reportado en este indicador depende de los resultados finales de la evaluación nacional del FURAG (Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión). En este sentido, se propone revisar los recursos asignados y las estrategias implementadas, para asegurar que los resultados reflejen el compromiso institucional con la mejora continua y el cumplimiento de las políticas de gestión documental.

Ilustración 6 POA GESTION DOCUMENTAL

PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO													Código: PGF 1GG	
PLAN OPERATIVO ANUAL 2024													Versión: 01	
													Aprobado:	
PERSPECTIVA	CLIENTES													
OBJETIVO ESTRATEGICO	PLAN DE DESARROLLO 2024 - 2027													
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES / INDICADORES	PRODUCTO ESPERADO	FORMULA DEL INDICADOR	META 2025	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESULTADO 2025				CUMPLIMIENTO
										I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	
Fortalecer la comunicación con la comunidad	Fortalecer la política de gestión documental	Resultado subprograma: Resultado Furag	Porcentaje de cumplimiento de la evaluación del FURAG.	Cumplimiento de la política de gestión documental	Líder de Gestión Documental	PROCESO DE APOYO	GESTION DOCUMENTAL	14	6	43%				
I Trimestre (Obs, logros) II Trimestre (Obs, logros) III Trimestre (Obs, logros) IV Trimestre (Obs, logros)														
1. Avance de la formalización de estructura documental 2. ejecución de 6 actividades de desarrollo del PINAR - plan institucional de de archivos 3. publicación en la página web de solicitud y requisitos y solicitud de historia clínica 4. organización y clasificación archivo de historias clínicas, 5. cumplimiento del programa de evaluaciones documentales 6. capacitación a funcionarios en técnicas archivísticas														

Deficiente	90% al 100%
Deficiente	80% al 89%
Deficiente	60% al 79%
No reportado	Menor al 60%
No aplica	0%
No aplica	N/A

(Hospital especial de cubara E.S.E, 2025)

12. RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD – CONSULTA EXTERNA

Durante el primer trimestre de 2025, se realizó un análisis de la adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud implementadas en el área de consulta externa. Para esta evaluación, se utilizó una muestra representativa de 100 historias clínicas, lo que permitió medir con precisión el nivel de cumplimiento.

De las 100 historias clínicas revisadas, 94 evidenciaron adherencia a las rutas establecidas, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 94%. Este resultado refleja un avance significativo hacia el objetivo de lograr una adherencia del 70% de las rutas implementadas, demostrando el compromiso del líder de consulta externa y del proceso misional en garantizar la calidad y continuidad de los servicios de salud.

Se continuará fortaleciendo la implementación de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, enfocándose en las áreas de oportunidad identificadas, con el fin de mantener y mejorar estos niveles de adherencia en los siguientes trimestres.

Ilustración 7 POA Consulta externa

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES / INDICADOR	PRODUCTO ESPERADO	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA	META		RESPONSABLE	PROCESO	AREA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	TRIMESTRE
					2025							
Mejorar la salud individual y colectiva	Estrategias para fortalecer la atención de grupos vulnerables y con enfoque diferencial	Informe o matriz en excel con indicadores y datos reales	Porcentaje de usuarios con discapacidad atendida con oportunidad, equidad e inclusión.		Atención de la población discapacitada caracterizada del municipio de 2020-2024		Lider de consulta externa	PROCESOS MISIONALES	CONSULTA EXTERNA			
	Implementación de Flujos de Atención Integradas en Salud	Informe o matriz en excel con indicadores y datos reales	Adherencia de un 70% de las rutas implementadas		Implementación de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud		Lider de consulta externa	PROCESOS MISIONALES	CONSULTA EXTERNA	100	34	34%
			Adherencia de un 70% de las rutas implementadas		Implementación las ruta maternoperinatal		Lider de consulta externa	PROCESOS MISIONALES	CONSULTA EXTERNA			

(Hospital especial de cubara E.S.E, 2025)

13. PLAN OPERATIVO ANUAL – I er TRIMESTRE VIGENCIA 2025

De los 32 indicadores que conforman el Plan de Desarrollo, se logró el cumplimiento de 14 indicadores con respecto a las metas establecidas para el primer trimestre, alcanzando un porcentaje de ejecución del **43,75%**.

Cabe señalar que la falta de reporte en ciertas áreas se debe a la ausencia de la información adicional necesaria.

En cuanto a los porcentajes de cumplimiento de las políticas, estos se calculan con base en seguimientos internos, ya que no se dispone de resultados formales del FURAG. Adicionalmente, se identificaron tres indicadores sin responsables asignados, los cuales deberán ser gestionados y asignados durante el segundo trimestre.

PROCESO DESEMPLEADO (2024 - 2025)										LEGENDA									
PLAN DE DESARROLLO (2024 - 2025)										INDICADORES									
INDICADOR	ACTIVIDAD	PRODUCTO ESPERADO	FORMULA DEL INDICADOR	UNIDAD	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mejorar la calidad de la atención en el servicio de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definir la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definición de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definición de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definición de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Asesor Gestión	PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	ASISTENTE SOCIAL												
	Implementar la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Asesor Gestión	PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	ASISTENTE SOCIAL												
	Evaluar la implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Evaluación de la implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Evaluación de la implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Evaluación de la implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Asesor Gestión	PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	ASISTENTE SOCIAL												
Fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definir la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definición de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definición de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definición de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Asesor Gestión	PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	ASISTENTE SOCIAL												
	Implementar la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Implementación de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Implementación de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Implementación de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Asesor Gestión	PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	ASISTENTE SOCIAL												
	Evaluar la implementación de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Evaluación de la implementación de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Evaluación de la implementación de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Evaluación de la implementación de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Asesor Gestión	PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	ASISTENTE SOCIAL												
Mejorar la calidad de la atención en el servicio de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definir la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definición de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definición de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Definición de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Asesor Gestión	PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	ASISTENTE SOCIAL												
	Implementar la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Asesor Gestión	PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	ASISTENTE SOCIAL												
	Evaluar la implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Evaluación de la implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Evaluación de la implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Evaluación de la implementación de la estrategia de atención al paciente en el Hospital Especial de Cúbará.	Asesor Gestión	PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	ASISTENTE SOCIAL												

14. ANALISIS DE INDICADORES PLAN DE GESTION INDICADORES R. 408 2018

15. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

15.1. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única

El análisis general del reporte de los informes de la Circular Única muestra que, aunque los reportes anuales presentan un cumplimiento del 100%, los reportes trimestrales reflejan un cumplimiento parcial debido a que corresponden a la vigencia 2025 y, a la fecha, solo se ha completado el primer trimestre del año. Por lo tanto, el cumplimiento reportado hasta el momento es preliminar y se encuentra dentro de lo esperado según los plazos establecidos.

El seguimiento de estos informes se realiza a través de la herramienta de Circular Única, lo que permite centralizar la gestión y garantizar la trazabilidad de los reportes entregados. Estos resultados destacan la importancia de mantener un monitoreo riguroso durante el transcurso del año para asegurar que los informes trimestrales y mensuales sean entregados oportunamente en los periodos siguientes, evitando rezagos que puedan impactar el Indicador Global de Cumplimiento, actualmente en 48%. Se recomienda continuar fortaleciendo los mecanismos de monitoreo y garantizar que los responsables mantengan el compromiso en la entrega de la información requerida.

Ilustración 8 SEGUIMIENTO CIRCULAR UNICA

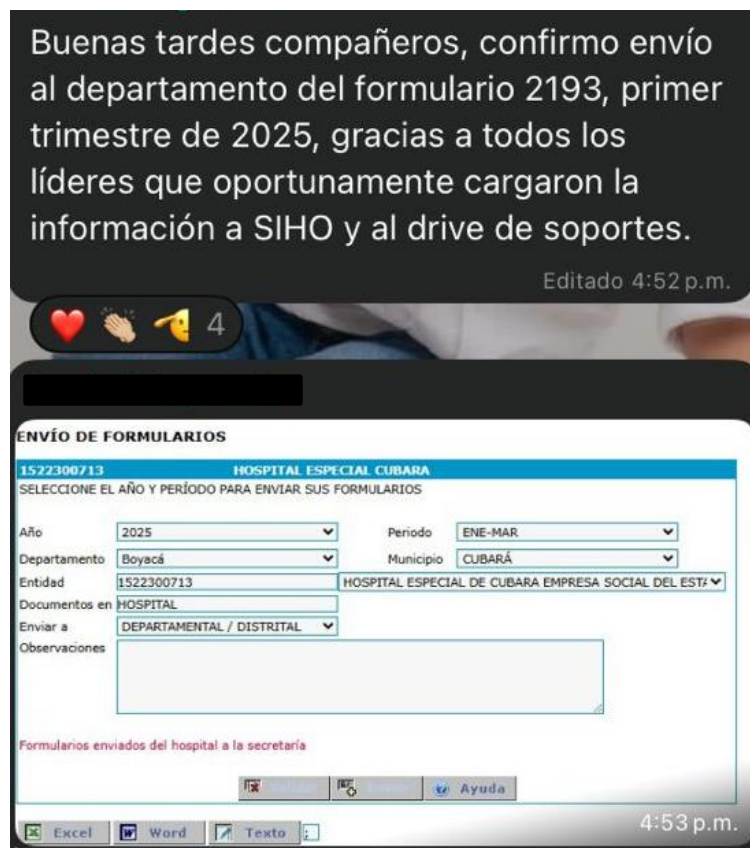
ARCHIVO TIPO	NOMBRE	PERIODICIDAD	PERIODO / VIGENCIA	FECHA MÁXIMA DE REPORTE	RESPONSABLE	SOPORTE	NUMERADOR	DENOMINADOR	FORMULA INDICADOR	INDICADOR %	INDICADOR GLOBAL QUINIMENSUAL REPORTA EN EL CONTROL 48.00%
FT02	Evaluación de Estado Financiero	Anual	31/12/2024	30/4/2025	Controlar	EXCEL	1	1	# de reportes en el archivo total de informes reportados * 100. %	100%	
GT03	Rendición de Cuentas	Anual	31/12/2024	16/4/2025	Planearción	EXCEL	1	1	# de reportes en el archivo total de informes reportados * 100. %	100%	
GT04	Atenas o Asociación de Usuarios	Anual	31/12/2024	20/4/2025	Lider SNUJ	EXCEL	1	1	# de reportes en el archivo total de informes reportados * 100. %	100%	
ET02	PMEC (Actualizado a corte 31/12/2024)	Anual	31/12/2024	28/2/2025	Lider de Calidad	EXCEL	1	1	# de reportes en el archivo total de informes reportados * 100. %	100%	
ET06	Reclamaciones por Accidentes de Trabajo	Anual	31/12/2024	30/3/2025	Lider Fecubación	EXCEL	1	1	# de reportes en el archivo total de informes reportados * 100. %	100%	
FT04	Cuentas por pagar	Trimestral	1er Trimestre de 2024	30/3/2025	Controlar	EXCEL	1	4	# de reportes en el archivo total de informes reportados * 100. %	29%	
			2do Trimestre de 2024	30/6/2025		EXCEL					
			3er Trimestre de 2024	30/9/2025		EXCEL					
FT05	Contribución	Trimestral	1er Trimestre de 2025	30/3/2025	Apoyo Contabilidad	EXCEL	1	4	# de reportes en el archivo total de informes reportados * 100. %	29%	
			2do Trimestre de 2025	30/6/2025		EXCEL					
			3er Trimestre de 2025	30/9/2025		EXCEL					
FT05	Facturación Realizada	Mensual	31/12/2024	30/3/2024	Controlar	EXCEL	5	12	# de reportes en el archivo total de informes reportados * 100. %	42%	
			31/01/2025	30/4/2024		EXCEL					
			28/02/2025	30/5/2024		EXCEL					
			31/03/2025	30/6/2024		EXCEL					
			30/04/2025	30/7/2024		EXCEL					
			31/05/2025	30/8/2024		EXCEL					
			30/06/2025	30/9/2024		EXCEL					
			31/07/2025	30/10/2024		EXCEL					
			30/08/2025	30/11/2024		EXCEL					
			31/09/2025	30/12/2024		EXCEL					
			30/10/2025	30/1/2025		EXCEL					
			30/11/2025	30/2/2025		EXCEL					

(Hospital especial de cubara E.S.E, 2025)

15.2. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193

El análisis general del reporte de los informes en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto Único 780 de 2016, muestra que se deben realizar 4 reportes trimestrales durante la vigencia 2025. Hasta la fecha, solo se ha completado el reporte correspondiente al primer trimestre, lo que refleja un cumplimiento preliminar del 25%.

El seguimiento de estos reportes se lleva a cabo a través de la herramienta de informes, la cual permite centralizar la gestión, garantizar la trazabilidad y verificar el cumplimiento de los términos previstos. Este resultado está alineado con los plazos establecidos, destacando la importancia de mantener un monitoreo riguroso para asegurar el cumplimiento oportuno en los próximos trimestres. Se recomienda fortalecer los mecanismos de control para garantizar la entrega oportuna y en conformidad con las normativas vigentes.



16. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

16.1. Proporción de gestantes captadas de la semana 12 de gestación

Criterio	Oportunidad en la captación de maternas antes de la semana 12
-----------------	---

El 21 de abril de 2025 se realizó la verificación del cumplimiento respecto al número de gestantes que ingresaron a control prenatal con al menos una valoración médica antes de las 12 semanas de gestación para primer trimestre de la vigencia. De las 40 gestantes captadas durante la vigencia, solo 17 iniciaron control antes de la semana 12, lo que corresponde al 42.7%. Este resultado refleja que, debido a razones culturales, la población indígena tiende a iniciar los controles prenatales de manera tardía. Factores como la autorización del cabildo, la autoridad tradicional y los esposos contribuyen a este retraso, evidenciando la necesidad de un enfoque diferencial en el manejo de esta población.

Total, gestantes captadas antes de las 12 semanas para primer trimestre: 17

Total, gestantes 40

Indicador= 42.17%

N°	Estándar	Línea base	I er TRIMESTRE	II do TRIMESTRE	III cer TRIMESTRE	IV to TRIMESTRE
12	≥0.85	0.90	0.42			

ANÁLISIS COMPARATIVO - METAS

Se constata que durante el primer trimestre de la vigencia. De las 40 gestantes captadas durante el trimestre, solo 17 iniciaron control antes de la semana 12, lo que corresponde al 42.7%.

CAUSAS DE LA DESVIACIÓN – COMPROMISOS

- Capacitaciones a las comunidades indígenas sobre la importancia de los controles prenatales acercamientos con las autoridades tradicionales
- Realizar una atención en salud diferencial y de fácil acceso para la población indígena
- Adherencia a la ruta materno perinatal

SOPORTE	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado Enfermero Profesional
----------------	---



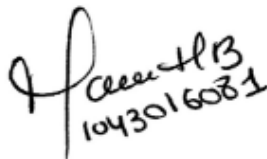
**EL SUSCRITO ENFERMERO PROFESIONAL DE LA ESE HOSPITAL
ESPECIAL DE CUBARA**

CERTIFICA:

Que durante la vigencia 01-01-2025 al 31-03-2025 se captaron un total de 40 gestantes debidamente inscritas al control prenatal y de ese total 17 fueron captadas antes de la semana doce por lo que el indicador de captación es el siguiente: 42.7%

Para su constancia se firma a los 21 días (21) del mes de abril del año dos mil veinte cinco (2025)

Cordialmente,



1043016081

María catalina Hernandez
Jefe de consulta externa
TP 1043016081
ESE Hospital Especial de Cubará

16.2. Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ese

Criterio	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE
-----------------	---

El 21 de abril de 2025 se realizó la verificación correspondiente al primer trimestre de la vigencia, evidenciando que no se registraron partos relacionados con casos de sífilis congénita en la atención institucional.

N°	Estándar	Línea base	I er TRIMESTRE	II do TRIMESTRE	III er TRIMESTRE	IV to TRIMESTRE
13	0	0	0			

ANALISIS COMPARATIVO - METAS

Se constata que durante el primer trimestre de la vigencia no se presentaron casos de sífilis congénita en los partos atendidos en el Hospital Especial de Cubará ESE.

CAUSAS DE LA DESVIACIÓN – COMPROMISOS

- Capacitaciones a las comunidades indígenas sobre la importancia de los controles prenatales acercamientos con las autoridades tradicionales
- Realizar una atención en salud diferencial y de fácil acceso para la población indígena
- Adherencia a la ruta materno perinatal

SOPORTE	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado Enfermero Profesional
----------------	---

	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					 VIGILADO Supersalud Línea de Atención al Usuario 6500870 Bogotá Línea Gratuita Nacional 018000910383
	Proceso Estratégico					
	Comunicaciones internas					
CÓDIGO	P.F:1:PG	VERSIÓN	1	F. APROBACIÓN:	28/04/2025	Página 21 de 32



EL SUSCRITO ENFERMERO PROFESIONAL DE LA ESE HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA

CERTIFICA:

Que durante la vigencia 2025 en el periodo comprendido del 01-01-2025 al 31-03-2025 durante las atenciones no se presento casos Recién Nacidos con Diagnostico de Sífilis congénita en población atendida por el Hospital especial de cubara
Para su constancia se firma a los veinte días (21) del mes de abril del año dos mil veinti cinco (2025)

Cordialmente,

Maria Catalina Hernandez Berrocal
Jefe de Consulta externa
TP 1043016081
ESE Hospital Especial de Cubará

Calle 3 No. 5 – 47 Cubará – Boyacá Tels. 3106152106 Email correspondencia@hospitalcubara.gov.co

16.3. Evaluación de aplicación de la guía de control de crecimiento y desarrollo

Se realizó Verificación de la guía de Detección de alteraciones específicas y detección temprana menores de 10 años (crecimiento y desarrollo). De acuerdo al indicador se evaluaron 100 historias clínicas. Dando como resultado así: Indicador 100 = número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños y niñas menores de 10 años que se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de alteración de crecimiento y desarrollo (100) / Total de historias clínicas de niños y niñas menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en la consulta de crecimiento y desarrollo en el primer trimestre = 94%

N°	Estándar	Línea base	I er TRIMESTRE	II do TRIMESTRE	III er TRIMESTRE	IV to TRIMESTRE
13	≥80%	0.94	94%			

ANÁLISIS COMPARATIVO - METAS



Se evidencia a través de soportes y acta que durante el primer trimestre de 2025 se realizó evaluación de adherencia a la Guía de manejo de Control de Crecimiento y Desarrollo, obteniéndose una adherencia del 94%

CAUSAS DE LA DESVIACIÓN – COMPROMISOS

- Capacitaciones al personal asistencial sobre la Guía de Práctica de Control de Crecimiento y
- Desarrollo Realizar mediciones de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de Enfermedad Hipertensiva

SOPORTE

- Certificado Enfermero Profesional

	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÀ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					 VIGILADO Supersalud Línea de Atención al Usuario 6500870 Bogotá Línea Gratuita Nacional 018000910383
	Proceso Estratégico					
	Comunicaciones internas					
CÓDIGO	P.F:1:PG	VERSIÓN	1	F. APROBACIÓN:	28/04/2025	Página 23 de 32



EL SUSCRITO ENFERMERO PROFESIONAL DE LA ESE HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÀ

CERTIFICA:

Que durante la vigencia 2025 durante las atenciones realizadas a todos los niños y niñas pertenecientes a primera infancia e infancia para lograr medir adherencia a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud según resolución 3280 de 2018 se revisó una muestra representativa de 100 historias de las cuales 94 historias arrojaron buena adherencia obteniendo un indicador de.
0.94%

Para su constancia se firma a los veinti un día (21) del mes de abril del año dos mil veinte cinco (2025)

Cordialmente,



Maria Catalina Hernandez Berrocal
Jefe de Consulta externa
TP 1043016081
ESE Hospital Especial de Cubarà

Calle 3 No. 5 – 47 Cubarà – Boyacá Tels. 3106152106 Email correspondencia@hospitalcubara.gov.co



Detalle de pacientes de consulta según los filtros seleccionados

Nota	E.L.R	USUARIO	USUARIO	SEXO	FECHA INI	EDAD	USUARIO	USUARIO	ES
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	2010004	1	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	F	0100001	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	F	0100002	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100003	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100004	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100005	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100006	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100007	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100008	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100009	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100010	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100011	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100012	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100013	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100014	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100015	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100016	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100017	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100018	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100019	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									
1420001	830008	OSCARA	OSCARA	M	0100020	3	OSCARA	CON. SE. CUBARÁ	REVISAR CONSULTA
CONTROL DE SALUD DE CUBARÁ - C. MIO									

Se realizó un análisis de 100 historias clínicas de pacientes del programa de Crecimiento y Desarrollo. El objetivo fue evaluar la calidad del diligenciamiento y la completitud de las historias clínicas, asegurando el cumplimiento de los estándares establecidos.

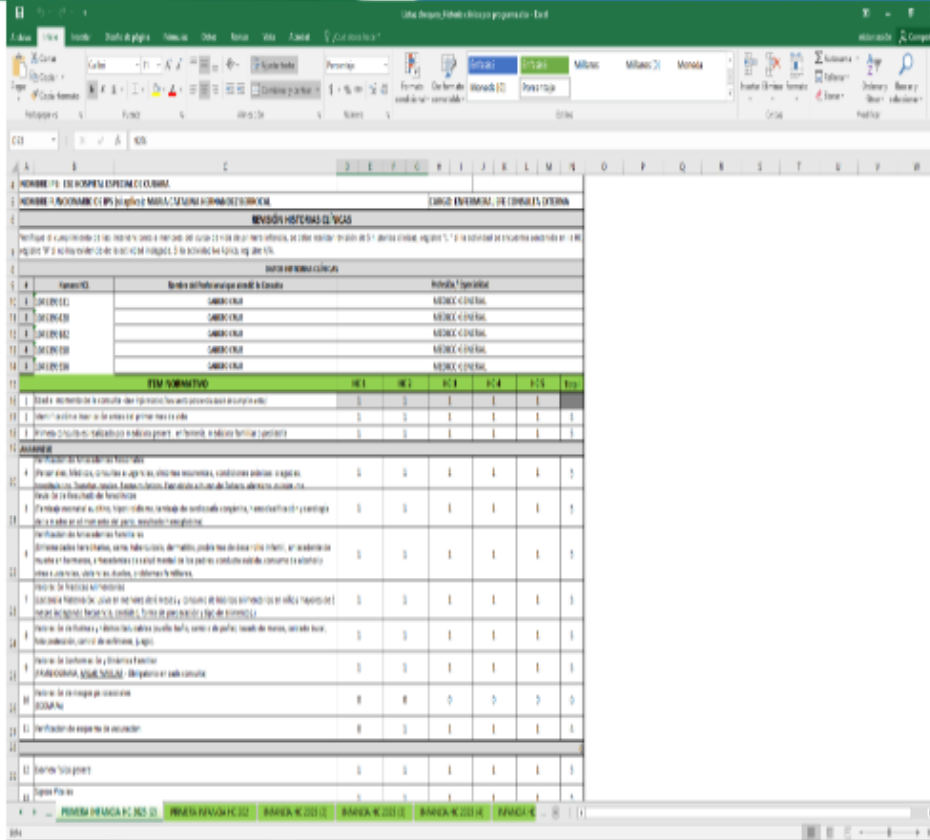
Resultados:

- Historias clínicas completas y bien diligenciadas: 94 (94%).
- Historias clínicas con inconsistencias o incompletas: 6 (6%).

Principales hallazgos:

1. **Historias clínicas completas (92%):** Estas historias cumplen con los parámetros establecidos, incluyen datos como antecedentes familiares, desarrollo psicomotor, control nutricional, inmunizaciones y seguimiento de indicadores de crecimiento.
2. **Historias clínicas con inconsistencias (8%):** Se encontraron omisiones en datos clave como:
 - o Registro de peso y talla.
 - o Falta de actualización en esquemas de vacunación.
 - o Inconsistencias en los registros de desarrollo psicomotor.

Anexo lista de chequeo

	SE 1	SE 2	SE 3	SE 4	SE 5	SE 6
1	0	0	1	1	1	1
2	0	0	1	1	1	1
3	0	0	1	1	1	1
4	0	0	1	1	1	1
5	0	0	1	1	1	1
6	0	0	1	1	1	1
7	0	0	1	1	1	1
8	0	0	1	1	1	1
9	0	0	1	1	1	1
10	0	0	1	1	1	1
11	0	0	1	1	1	1
12	0	0	1	1	1	1
13	0	0	1	1	1	1
14	0	0	1	1	1	1
15	0	0	1	1	1	1
16	0	0	1	1	1	1
17	0	0	1	1	1	1
18	0	0	1	1	1	1
19	0	0	1	1	1	1
20	0	0	1	1	1	1
21	0	0	1	1	1	1
22	0	0	1	1	1	1
23	0	0	1	1	1	1
24	0	0	1	1	1	1
25	0	0	1	1	1	1
26	0	0	1	1	1	1
27	0	0	1	1	1	1
28	0	0	1	1	1	1
29	0	0	1	1	1	1
30	0	0	1	1	1	1
31	0	0	1	1	1	1
32	0	0	1	1	1	1
33	0	0	1	1	1	1
34	0	0	1	1	1	1
35	0	0	1	1	1	1
36	0	0	1	1	1	1
37	0	0	1	1	1	1
38	0	0	1	1	1	1
39	0	0	1	1	1	1
40	0	0	1	1	1	1
41	0	0	1	1	1	1
42	0	0	1	1	1	1
43	0	0	1	1	1	1
44	0	0	1	1	1	1
45	0	0	1	1	1	1
46	0	0	1	1	1	1
47	0	0	1	1	1	1
48	0	0	1	1	1	1
49	0	0	1	1	1	1
50	0	0	1	1	1	1

Se observa un porcentaje de 94 % de adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo se evidencia algunas falencias en los restantes de historias, se recuerda la importancia de diligenciar la totalidad de los campos requeridos como lo son los signos de alarma de AIEPI, escala abreviada de desarrollo, Resolución 2465 rejillas de crecimiento y desarrollo, esquema PAI y adherencia paulatina de la R 3280 2018.

16.4. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de enfermedad hipertensiva

Se realizó Verificación de cumplimiento de la guía hipertensiva. De acuerdo al indicador se evaluaron 100 historias clínicas. Dando como resultado así: Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención enfermedad hipertensiva adoptada por la ese en la vigencia objeto de evaluación (100) / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con dx de hipertensión arterial atendido en la ESE en el primer trimestre de 2025 = 93%.

N°	Estándar	Línea base	I er TRIMESTRE	II do TRIMESTRE	III er TRIMESTRE	IV to TRIMESTRE
14	≥90%	0.93	0.93			

ANALISIS COMPARATIVO - METAS

Se evidencia a través de soportes y acta que durante el primer trimestre de 2025 se realizó evaluación de adherencia a la Guía de manejo de Enfermedad Hipertensiva obteniéndose un 93% para primer trimestre del 2025.

CAUSAS DE LA DESVIACIÓN – COMPROMISOS

- Capacitaciones al personal asistencial sobre la Guía de Práctica Clínica de Enfermedad Hipertensiva
- Realizar mediciones de adherencia a la adherencia de la Guía de Práctica Clínica de Enfermedad Hipertensiva

SOPORTE

- Certificado Enfermero Profesional



Fecha	N.º	Apellido	Nombre	Sexo	Fecha Nac.	Edad	Municipio	Vereda	EPS
26/03/2024	1	AGEVEDO	BENEDICTO	M	12/01/95	75	CUBARÁ	BARRIO VILLAS DEL CO	COOSALUD CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
25/06/2024	1	AGEVEDO	BENEDICTO	M	12/01/95	75	CUBARÁ	BARRIO VILLAS DEL CO	COOSALUD CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
16/12/2024	1	AGEVEDO	BENEDICTO	M	12/01/95	75	CUBARÁ	BARRIO VILLAS DEL CO	COOSALUD CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
25/06/2024	1	AGEVEDO	BENEDICTO	M	12/01/95	75	CUBARÁ	BARRIO VILLAS DEL CO	COOSALUD CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
2/05/2024	3	VILLAMIZAR	TERESA	F	31/01/66	66	CUBARÁ	VEREDA LA BLANQUITA	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
26/06/2024	3	VILLAMIZAR	TERESA	F	31/01/66	66	CUBARÁ	VEREDA LA BLANQUITA	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
16/12/2024	3	VILLAMIZAR	TERESA	F	31/01/66	66	CUBARÁ	VEREDA LA BLANQUITA	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
13/11/2024	3	VILLAMIZAR	TERESA	F	31/01/66	66	CUBARÁ	VEREDA LA BLANQUITA	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
13/08/2024	3	VILLAMIZAR	TERESA	F	31/01/66	66	CUBARÁ	VEREDA LA BLANQUITA	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
23/04/2024	3	VILLAMIZAR	TERESA	F	31/01/66	66	CUBARÁ	VEREDA LA BLANQUITA	COOSALUD CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
16/12/2024	3	VILLAMIZAR	TERESA	F	31/01/66	66	CUBARÁ	VEREDA LA BLANQUITA	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
13/11/2024	3	VILLAMIZAR	TERESA	F	31/01/66	66	CUBARÁ	VEREDA LA BLANQUITA	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
2/05/2024	15	CARRERO	MERCEDES	F	6/01/65	70	CUBARÁ	BARRIO SAN RAFAEL	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
26/01/2024	15	CARRERO	MERCEDES	F	6/01/65	70	CUBARÁ	BARRIO SAN RAFAEL	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
11/11/2024	15	CARRERO	MERCEDES	F	6/01/65	70	CUBARÁ	BARRIO SAN RAFAEL	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
0/03/2024	85	SUAREZ	MARIA	F	15/01/37	88	CUBARÁ	VEREDA LA CAÑADUIT	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
16/07/2024	85	SUAREZ	MARIA	F	15/01/37	88	CUBARÁ	VEREDA LA CAÑADUIT	NUEVA EPS CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									
22/01/2024	117	AGEVEDO	ELODA	F	24/11/342	64	TOLEDO N DE G	CORREG. OBRALTAR	COOSALUD CUBARA SI
HPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)									

Se audito un total de 100 historias clínicas correspondientes a pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial con el propósito de evaluar su completitud y calidad de documentación

- Historias clínicas completas y bien elaboradas (93)
- Historias clínicas incompletas o con deficiencias (7)

El 93% indica un alto nivel de calidad y adherencia a los estándares establecidos en la documentación de las historias clínicas. Sin embargo el 7% existen a áreas específicas como lo son:

- Omisión de datos relevantes como antecedentes médicos, tratamiento previos o evolución de la enfermedad
- Inconsistencia en el registro de control de presión arterial.

Aunque los resultados son positivos, con un porcentaje elevado de cumplimiento, es fundamental abordar las áreas de mejoras detectadas para que se cumplan con los estándares requeridos.



“Uniendo esfuerzos por la salud”


EL SUSCRITO ENFERMERO PROFESIONAL DE LA ESE HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA

CERTIFICA:

Que durante la vigencia 2024 durante las atenciones a personas con Enfermedad Hipertensiva atendidos mediante estrategia PAICEC (870) se realizó la evaluación de adherencia a la guía de práctica clínica para el manejo de la Hipertensión teniendo como base una muestra representativa de las 100 historias, de las cuales 93 lograron tener la suficiente información para determinar una buena adherencia. Obteniendo el siguiente indicador
0.93

Para su constancia se firma a los veinte días (20) del mes de enero del año dos mil veinte cinco (2025)

Cordialmente,







1043016081

MARIA CATALINA HERNANDEZ BERROCAL
Coordinador RPYMS
TP 1043016081
ESE Hospital Especial de Cubará



Anexo formato lista de chequeo aplicada

 HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 026.002.304-1		ESE HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ		VERSION 1	CODIGO			
LISTA DE CHEQUEO DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TECNICA HTA		FECHA VIGENCIA	DOCUMENTO CONTROLADO					
ÁREA: CONSULTA EXTERNA		FECH. 000						
RESPONSABLE PYP: MARIA HERMANDEZ								
Objetivo de la lista: validar y orientar a la adherencia a la guía de hipertensión y coordinar actividades ocasionales al fortalecimiento del programa.								
ÍTEM	CUMPLE	NO CUMPLE						
INFORMACION ADMINISTRATIVA								
Organización Historia Clínica	X							
Nombre, documento de identidad, edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, filiación religiosa	X							
Datos del acompañante	X							
Datos de afiliación al Sistema de Seguridad Social	X							
EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL, SE REALIZAN Y CONSIGNAN EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS SIGUIENTES ACCIONES:								
...Entrevista completa	X							
Anamnesis:								
Antecedentes familiares de hipertensión arterial y de enfermedad cardiovascular.								
Patologías Patológicas (enfermedad cerebrovascular, diabetes y enfermedad renal).								
Antecedentes traumáticos, traumatismos, toxicos alcohólicos.								
Historia personal de hipertensión arterial como el tiempo de evolución, tratamiento recibido y adherencia.								
Antecedentes farmacológicos que puedan interferir con el tratamiento antihipertensivo como anticonceptivos orales, UPEA, etc.								
Avaluación psico-social: tensión emocional, humor, soporte social, estilo de vida.								
2. Examen Médico completo.								
peso, talla, perímetro abdominal y cintura; cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC) el cual deberá evaluarse en cada consulta de control para clasificar obesidad y sobrepeso.								
3. Toma de signos								
ritmo, respiración, temperatura y tensión arterial. La toma de tensión Arterial debe hacerse con el paciente en decúbito y sentado, y en ambos brazos. Si se detecta palpitaciones.								
4. Examen físico por sistemas:								
Debe realizarse oculo-otorino, cardiopulmonar y examen de la piel. Examen de la boca que incluye: inspección de la cavidad bucal, lengua, amígdalas, faringe y laringe. Examen de la audición: oído externo, oído medio y oído interno. Examen de la visión: inspección de la cavidad ocular, fondo de ojo y descripción de hallazgos en el examen físico. Examen de la fuerza de brazo de mano para la identificación de rotación de la muñeca según la clasificación de Katz-Wagner.								
Examen del cuello para la identificación de ingurgitación yugular o soplo carotídeo.								

 HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ <small>Empresa Social del Estado</small> <small>NIT. 830.002.004-1</small>	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					 VIGILADO Supersalud <small>Línea de Atención al Usuario 6500870 Bogotá</small> <small>Línea Gratuita Nacional 018000910383</small>
	Proceso Estratégico					
	Comunicaciones internas					
CÓDIGO	P.F:1:PG	VERSIÓN	1	F. APROBACIÓN:	28/04/2025	Página 31 de 32

Del Plan de Gestión, se llevó a cabo el seguimiento al cumplimiento de las metas del Plan Operativo Anual, evaluando los 17 indicadores aplicables para la gestión gerencial de la vigencia 2025. Durante este periodo, se lograron cumplir 6 metas, alcanzando un porcentaje de ejecución del 35,29%. Este resultado forma parte del proceso de evaluación institucional enfocado en medir el desempeño frente a los objetivos estratégicos establecidos para la gestión gerencial.

En relación con el informe clínico asistencial del área de consulta externa, se obtuvo información que permitió realizar el seguimiento a 4 de los 6 indicadores que lo integran. Este avance refleja un cumplimiento parcial en la consolidación de los datos requeridos para un análisis completo

Por su parte, en el informe financiero y administrativo, se logró el seguimiento de 2 indicadores asociados al área de Planeación, para los cuales se contaba con la información necesaria. Esto contribuyó a complementar el análisis general del Plan de Gestión, fortaleciendo el panorama evaluativo del periodo.

En conclusión, aunque se presentan avances significativos en algunos aspectos, es necesario continuar optimizando los procesos de recolección y reporte de información en todas las áreas responsables. Esto permitirá un análisis más integral y garantizará el cumplimiento efectivo de los objetivos establecidos en el Plan de Gestión para la vigencia 2025.

